

Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica

Jesús DE LA HIGUERA ROMERO
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

Las intervenciones familiares son ahora consideradas una parte fundamental dentro del abordaje psicosocial de la esquizofrenia. La evidencia acumulada en las últimas dos décadas ha servido no solo para poner de manifiesto su eficacia en orden a reducir la tasa de recaídas en el paciente y mejorar su ajuste social, sino que también se han producido importantes avances en la delimitación de los constructos, variables y factores implicados en la respuesta familiar. En relación al proceso de intervención hoy día se conocen suficientemente cuáles deben ser sus características y contenidos críticos para optimizar su eficiencia. El presente artículo tiene un doble objetivo, por un lado revisar los datos empíricos y las contribuciones conceptuales acumuladas sobre el particular; por otro, el analizar, desde un punto de vista más cercano a la realidad de los servicios, cuál es su nivel real de utilización y que factores pueden ser relevantes para lograr una implementación efectiva de estas intervenciones dentro de los protocolos rutinarios de intervención.

Palabras clave: familia, psicoeducación, rehabilitación psicosocial, esquizofrenia, psicosis.

Abstract

Family interventions are considered now a key piece in psychosocial interventions for schizophrenia. The works accumulated the last two decades have been useful not only to check the effectiveness of this process in order to reduce recidivist rate in patients and improve their social behaviour, but also have been essential to advanced in the definition of constructs, variables and factors implicates in family response. In relation to interventions process are already sufficiently well-shaped which should be their characteristics and critical contents in order to optimize efficiency. This paper has a double objective, on the one hand to review data empirical and conceptual contributions accumulate until today about this kind of actions. On the other hand, and more linked to the reality in mental health services, to outline which variables can help and which ones hinder implementing, real and effective, of this kind of process within the protocols of dairy techniques of interventions.

Key words: Family, Psychoeducation, Schizophrenia, Psychosocial Rehabilitation, Psychosis.

Dirección del autor: Unidad de Rehabilitación de Área del Hospital Universitario de Puerto Real. c/ Jesús de los Milagros, 41. 11500 El Puerto de Santa María (Cádiz). *Correo electrónico:* jar@correo.cop.es

Recibido: noviembre 2005. *Aceptado:* diciembre 2005.

La atención sanitaria en materia de salud mental ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas. Los movimientos de Reforma Psiquiátrica, los avances en el campo de la terapéutica, y la adopción de abordajes con el modelo comunitario como fondo, han posibilitado una articulación de servicios más comprensiva y cercana a las necesidades del paciente, facilitando el que este reciba la atención dentro de su entorno natural y con los recursos en él incluidos.

Sin embargo, la filosofía y presupuestos del modelo comunitario sobrepasan con creces la mera cercanía del servicio al usuario (condición necesaria pero no suficiente). El concepto de promoción o de competencia es, a nuestro juicio, uno de los ejes articuladores básicos de esta orientación. En este contexto, tres objetivos se tornan en líneas directrices de la actuación; por un lado, la potenciación de las destrezas, habilidades y recursos personales de los usuarios; por otro la optimización de las redes de apoyo natural y, finalmente, la mejora de las redes de apoyo profesional.

Quizás sea la esquizofrenia, y en general, lo que se ha venido en llamar trastornos mentales graves, el grupo de patologías que, por sus propias características y curso evolutivo, pongan más a prueba la solidez y consistencia de las pautas de intervención que sobre ellas se realizan. Hoy día el conocimiento empírico sobre la naturaleza, peso e influencia que las variables psicosociales tienen en este tipo de cuadros se ha incrementado de manera sustancial, siendo también importantes los avances tanto a nivel conceptual como de intervención. Sin embargo, sorprende como la clínica cotidiana se muestra todavía poco permeable a estos desarrollos, algo que no ocurre con su homónimo biológico, que suele llegar las más de las veces de manera más rápida y con un halo de revolución terapéutica.

El propósito de este trabajo es revisar algunos de los datos acumulados en el campo del abordaje psicosocial en la esquizofrenia, tomando como eje fundamental de interés las relaciones entre familia y enfermedad. El objetivo básico será el de delimitar la relevancia real de estas variables, su nivel de influencia potencial en el curso del trastorno y las posibilidades actuales de intervención.

Enfermedad y sistema familiar

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que más carga objetiva y subjetiva genera en el cuidador primario. La aparición del trastorno expone a la familia a una multiplicidad de problemas que ponen a prueba sus capacidades generales de adaptación. Aunque la morbilidad familiar puede quedar oculta, o relegada en su prioridad, por la propia clínica del paciente, son numerosos los estudios (Addington, Coldham y Jones 2003; Jungbauer, Wittmund, Dietrich y Angermeyer 2003; Magliano, Marasco, Fiorillo, Malangone, Guarneri y Maj, 2002; Laidlaw, Coverdale, Falloon y Kydd, 2002; Veltman, Cameron y Stewart, 2002; Martens y Addington 2001) que han puesto de manifiesto que un porcentaje importante de familias expresan niveles de carga altos o muy altos, que interfieren en su bienestar psicológico y por ende, en su integridad emocional y calidad de vida.

La toma en consideración de estos datos es importante, en primer lugar, porque la familia debe de encontrar formas eficaces de afrontamiento y cuidado ante los síntomas, problemas y limitaciones que exhibe el paciente, en segundo lugar, porque la tipología final de estas respuestas va a ser un factor de peso en la determinación del curso y pronóstico de la enfermedad. Parece claro, además, que la exposición crónica a la carga puede producir en el familiar transformaciones

cognitivas, emocionales y cambios finales en sus patrones de respuesta que pueden terminar por volverse desajustados y con una tonalidad rígida o estereotipada.

Es precisamente un constructo vinculado al ambiente familiar, el de expresión de emociones (EE), uno de los que mas poder predictivo ha exhibido en la determinación del estado clínico y del ajuste del paciente, no solo en las fases iniciales de la enfermedad, sino también y de manera mas determinante, en las fases crónicas del trastorno (Wearden, TARRIER, Barrowclough, Zastowny y Rally, 2000; Butzlaff, Hooley y DPhil, 1998). La investigación alrededor del constructo ha evolucionado de manera sustancial sugiriéndose actualmente visiones mas comprensivas e interactivas del mismo (Van Os, Marcelis, Germeys, Graven y Delespaul, 2001; Hall y Docherthy, 2000). Así, el planteamiento inicial que catalogaba al familiar como alto o bajo en EE, y buscaba la relación directa entre esta tipificación y la tasa de recidivas como única variable resultado, se ha visto superado con creces. Tres han sido las líneas más importantes de cambio:

1. Hoy día se apuesta por una visión mas continua del constructo, el familiar puede situarse en distintos niveles de EE y estos pueden variar en función del tiempo y las circunstancias particulares.
2. Las visiones mas holísticas de tipo interaccional toman mayor relevancia, y con ellas, entran a formar parte del proceso de generación de la respuesta, un mayor numero de factores que aluden no solo a las características particulares del familiar, sino también a las del paciente, en un proceso de determinación mutua (ver figura 1).
3. Se amplía el rango de variables de resultados relacionadas a considerar, intere-

sando no solo las recidivas del usuario, sino también otros factores que, aunque inicialmente ensombrecidos por éstas, tienen también relevancia clínica, como por ejemplo, el funcionamiento social, la autoestima, la calidad percibida de vida y/o la adhesión al tratamiento de este.

De una forma general, los diversos estudios sobre el constructo han puesto de manifiesto como el ambiente familiar y las actitudes básicas hacia el paciente, ejercen una poderosa influencia en su calidad de vida percibida, incluso por encima de otras variables como la psicopatología (Mubarak y Barber, 2003). Los ambientes altos en EE suelen estar cargados de evaluaciones negativas que condicionan interacciones mas estresantes entre sus miembros; por lo que se refiere al paciente, son además un caldo de cultivo idóneo para posibles exacerbaciones sintomáticas, donde su propia vulnerabilidad cognitiva puede limitar las posibilidades de respuesta y favorecer la aparición de comportamientos desajustados que dificulten aun mas la posibilidad de llegar a soluciones eficaces. El criticismo interpersonal del familiar interactúa con las discapacidades cognitivas del sujeto, haciendo que emerjan pensamientos desajustados y, en general, síntomas a un nivel subclínico, que deterioran aun mas su capacidad de procesamiento y rendimiento cognitivo (Rosenfarb, Nuechterleim, Goldstein y Subotnik, 2000). Esta dinámica negativa de relación genera una pobre autoestima (Barrowclough, TARRIER, Humphreys, Ward, Gregg y Andrews, 2003), dificulta la adhesión del usuario al tratamiento (Sellwood, TARRIER, Quinn y Barrowclough, 2003) y puede hacer que éste exhiba mayor tendencia a implicarse en conductas no saludables y de riesgo, como estrategias compensatorias para el manejo de las respuestas emocionales negativas como la

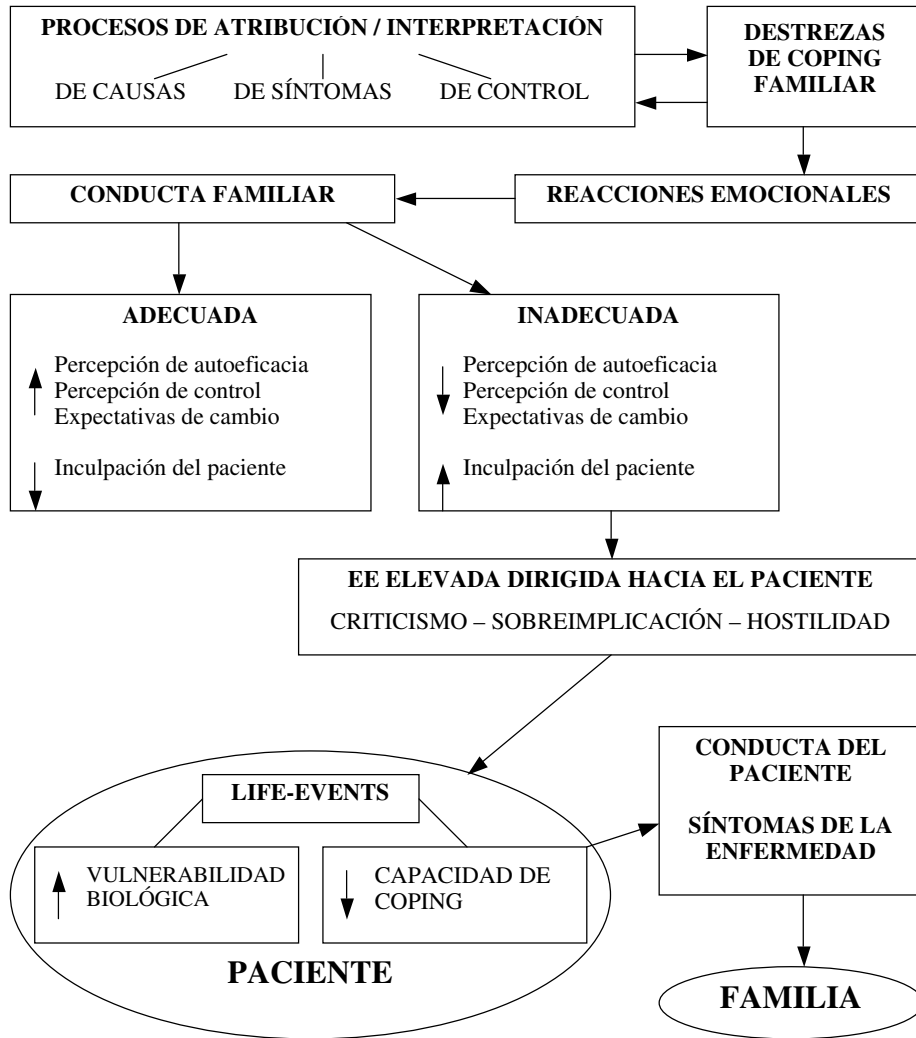


Figura 1. Modelo interaccional de la expresión de emociones (EE).

ansiedad, hostilidad y depresión (Fiscella y Campbell, 1999).

Sobre las características tipológicas del familiar que exhibe una respuesta catalogable como de alta EE, dos son a nuestro juicio los aspectos más relevantes a subrayar por su potencial sensibilidad a la intervención:

las capacidades y formas de afrontamiento y el estilo atributivo. Los estudios sobre las respuestas de afrontamiento de los familiares (Hall y Docherty, 2000; Magliano, Fadden, Economou, Held, Xavier, Guarneri, Malanzone, Marasco y Maj, 2000; Scazufca y Kuipers, 1998; Budd, Oles y Hughes, 1998;

Birchwood y Cochrane, 1990) han puesto de manifiesto, a nivel general, que buena parte de las familias exhiben estrategias de afrontamiento pasivas o negativas, que suelen ser consistentes y mantienen mayor independencia de la conducta a afrontar, lo cual puede impedir, en un elevado número de ocasiones, la adopción de soluciones eficaces frente a los problemas (ver figura 2). El estilo atributivo, el sentimiento de control y las creencias que exhibe el familiar hacia los síntomas que manifiesta el paciente, son determinantes claves de su respuesta (Hooley y Campbell, 2002; Wuerker, Long, Haas y Bellack, 2002; Wuerker, Haas y Bellack, 2001; Weisman, Nuechterlein, Goldstein y Zinder, 2000). En esta línea, se ha encontrado que las interacciones que involucran a familiares de alta EE están caracterizadas por dos creencias subyacentes: la atribución de control personal (*el paciente puede manejar sus síntomas*) y las conductas de control (*competencia por el control*). De esta forma los familiares con alta EE atribuyen mayor control de sus síntomas al paciente y responden a su vez de una forma más controladora frente a los comportamientos del mismo. Altos niveles de control conductual están asociados con

mayor estrés y peores resultados clínicos. Los síntomas negativos de la enfermedad están más comúnmente asociados a la idea de control por parte del paciente que los positivos (Lobban, Barrowclough y Jones, 2005; Provencher y Fincham, 2000).

Psicoeducación familiar: características básicas y datos empíricos acumulados

Parece claro a la vista de lo comentado, la complejidad e importancia de las alteraciones que aparecen (o se ven acentuadas) en la dinámica familiar con el inicio del cuadro, y la relevancia que tienen estas variables para el ajuste clínico y social del paciente. Las intervenciones psicoeducativas comienzan a desarrollarse hace ya dos décadas con la finalidad de actuar sobre estas variables, y se articulan alrededor de una serie de objetivos terapéuticos comunes (Thornicroft y Susser, 2001), aunque la estrategia terapéutica para conseguirlos puede variar sustancialmente de un modelo de intervención a otro (ver tabla 1). Hoy día, sin embargo, el término psicoeducación está trivializado en extremo y se suele utilizar, de manera no muy afortunada, para designar una multiplicidad de abordajes

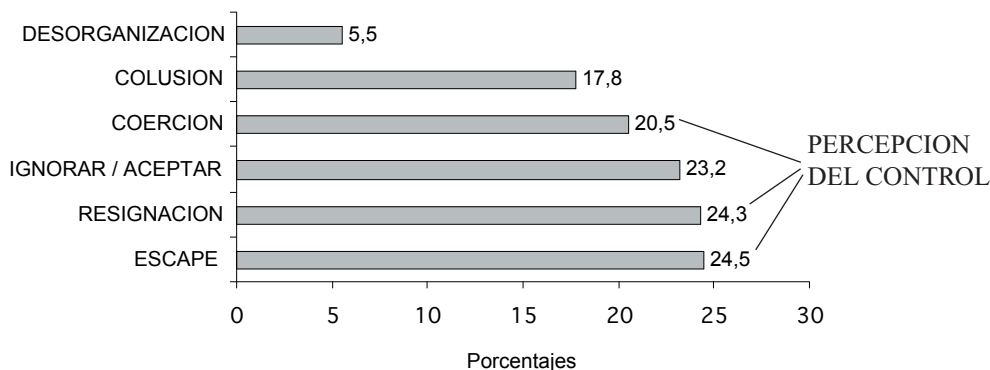


Figura 2. Estrategias de afrontamiento familiar más frecuentes (Birchwood y Cochrane, 1990).

diversos que las más de las veces, poco o nada tienen que ver con la estructura y consistencia interna típicas que suelen exhibir las técnicas y procedimientos originales. Conviene no olvidar, sin embargo, que aunque estos abordajes inespecíficos subsistan al amparo de los más reglados, son precisamente estos últimos los únicos que cuentan con apoyo empírico contrastado.

Para algunos autores (Leff, 2000), la investigación en el campo de la psicoeducación familiar en la esquizofrenia, ha tenido dos grandes momentos, uno inicial, alrededor del cual aparecieron una primera generación de trabajos en los que, a través de estudios aleatorizados, se pretendió dilucidar la eficacia general de estos procedimientos en conjunción con la terapia psicofarmacológica de mantenimiento. Los índices de resultados se vinculaban al grado de cambio en diversos parámetros clínicos, como el nivel de recidivas, el grado de psicopatología y/o

el funcionamiento social del paciente. Las revisiones sistemáticas (McFarlane, Dixon, Lukens y Lucksted, 2003; Lehman, Buchanan, Dickerson, Dixon, Goldberg, Green-Paden y Kreyenbuhl, 2003; Bustillo, Lauriello, Horan y Keith, 2001; Barbato y D'Avanzo, 2000; Dixon, Adams y Lucksted, 2000) y estudios de meta-análisis (Pharoah, Mari y Streiner, 2003; Pilling, Bebbington, Kuipers, Garety, Geddes, Orbach y Morgan, 2002; Pitschel-Walz, Leucht, Bauml, Kissling y Engel, 2001) de estos primeros trabajos, subrayan de manera clara que la adopción de este tipo de estrategias reduce de forma significativa las tasas de recidivas en el paciente en comparación con el tratamiento estándar. En dos de estos estudios (Pharoah y cols., 2003; Pilling y cols., 2002) se ofrecen datos concretos sobre los efectos de la intervención en términos de reducción absoluta del riesgo (RR) de recidiva, referenciados a un intervalo de confianza (IC) del 95 %, oscilando los

Tabla 1. Componentes comunes en las intervenciones psicoeducativas familiares (Thornicroff y Sussner 2001).

- 1) Búsqueda de una alianza de cuidado activo con los familiares cercanos al usuario.
- 2) Reducción de la atmósfera familiar adversa.
- 3) Mejora de la capacidad familiar para anticipar y solucionar problemas.
- 4) Reducción de los sentimientos de miedo y culpa en el familiar.
- 5) Desarrollo de expectativas razonables sobre la ejecución del paciente.
- 6) Potenciación de la puesta en práctica de límites apropiados
- 7) Eliminación de creencias disfuncionales acerca de si mismo, el paciente y/o la posibilidad de afrontamiento-control.

datos entre el 13 y el 28 %, el número de pacientes a tratar (NNT) se sitúa entre 7-8. Datos positivos aparecen también en cuanto al beneficio en la adherencia al tratamiento (RR 26%, NNT de 7). Por el contrario, los resultados, se tornan más inconsistentes cuando se toman en cuenta variables como el nivel de psicopatología o el funcionamiento social del paciente. Aunque no es difícil dilucidar que un cambio significativo en este tipo de parámetros dependa de un mayor número de variables, y tenga por ende, que ser complementado con intervenciones más extensivas a otros niveles. Es interesante hacer notar que las intervenciones familiares individuales exhiben mejores resultados en orden a reducir la tasa de recaídas que otros formatos, generando una reducción absoluta del riesgo del 48.8 % con una NNT de 3.

Con todo lo comentado como fondo, hoy día parece suficientemente contrastado que la psicoeducación familiar debe de ser una parte integrante de cualquier paquete de tratamiento que tenga como objetivo el abordaje de los aspectos psicosociales de la esquizofrenia, siendo muy probable que su uso dentro de un modelo comprensivo de tratamiento colabore a maximizar las sinergias positivas entre las variables bio-psico-sociales implicadas en el mismo (Lauriello, Lenroot y Bustillo, 2003). No es de extrañar por tanto, que estas actuaciones aparezcan reseñadas como vinculadas a nivel de evidencia en un buen número de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, e incluso, en algunas de ellas se reconozca su existencia como un punto de buena práctica clínica.

En el momento presente, parece más interesante dilucidar cual es el nivel de eficiencia de estos procedimientos en su aplicación al contexto clínico habitual, y buena parte de los trabajos se dirigen hacia este objetivo. Uno de los primeros interrogantes a resolver

es la elección del formato de intervención (individual *versus* grupal). A la vista de los datos comentados, y atendiendo a la variable reingresos, el formato individual que trabaja sobre la unidad familiar, incluido el paciente, parece exhibir un mayor nivel de beneficio que el grupal. Sin embargo, es necesario hacer algunas matizaciones de estos datos, la primera de ellas hace referencia al hecho de que en las revisiones y meta-análisis realizados, el criterio prioritario de inclusión ha sido la utilización en el estudio de una metodología RDC (ensayo experimental aleatorizado). Otros parámetros de relevancia clínica como la sistematicidad y extensión del tratamiento son por lo general obviados. Estas variables pueden ejercer, sin embargo, una importante función moduladora de las diferencias encontradas, mas teniendo en cuenta, que frente a los formatos individuales (por lo general mas intensos, estructurados y extensivos) es precisamente en el grupal donde se percibe una mayor variabilidad en relación al tiempo y número de sesiones empleadas (que pueden oscilar desde los formatos breves de 5 o 6 sesiones a los mas duraderos en el tiempo, que pueden llegar a los 2 años), como en los contenidos y procedimientos específicos de abordaje. Cabría preguntarse qué datos comparativos se obtendrían entre ambos formatos igualando los factores anteriores. En un estudio aleatorizado recientemente realizado en España (Montero, Hernández, Asencio, Bellver y Masanet, 2005) comparando terapia familiar conductual (Falloon, Willianson, Razani, Moss, Gilderman y Simpson, 1985) con abordaje grupal multifamiliar, no se han encontrado diferencias entre ambos formatos de actuación en cuanto a la reducción del riesgo de recaídas en el paciente, aunque la terapia familiar conductual parece mostrarse mas efectiva en cuanto al cambio de otras variables clínicas (funcionamiento social,

alteraciones del pensamiento, etc.). Otros autores que han utilizado abordajes extensivos con el encuadre de grupo multifamiliar (McFarlane, 2002; McFarlane, Lukens, Link, Dushay, Deakins y Newmark, 1995) han constatado también mejoras significativas en la reducción de recidivas en el paciente. Habría que hacer notar, sin embargo, que aunque en la tipología de las variables de resultados generalmente seleccionadas en este tipo de estudios, la estrella ha sido (y todavía es en muchos de ellos) la presencia de recidivas en el paciente, no son desdeñables, a nuestro juicio, como elementos de evaluación de la eficacia del tratamiento, otras que aluden a la vivencia subjetiva del familiar, al nivel de carga objetivo y subjetivo, a la reducción del estigma y en definitiva, al bienestar psicológico expresado por el cuidador. Es precisamente sobre este tipo de variables sobre las que la intervención multifamiliar ha demostrado mayores niveles de cambio.

Otro de los interrogantes básicos directamente derivado de la clínica, se refiere a cual es el momento idóneo de aplicación de este tipo de procedimientos. Algunos de los realizados con familiares de pacientes en primer episodio (Addington, Collins, McCleery y Addington, 2005; Addington, McCleery y Addington, 2005; Addington y cols., 2003; Bachmann, Bottmer, Jacob, Kronmuller, Backenstrass, Mundt, Renneberg, Fiedler y Schroder, 2002) muestran que un porcentaje alto de familias experimentan estrés y dificultades que afectan de manera significativa a su funcionamiento, pudiendo exhibir mayores índices de expresión de emociones con referencia a los mostrados por familiares de mayor tiempo de evolución. La primera y más lógica de las derivaciones de lo anterior hablaría de la necesidad de instaurar el tratamiento de la manera más precoz posible, tras la confirmación defini-

tiva del diagnóstico. Habría que hacer notar, de manera añadida, que esta cuestión puede marcar de manera determinante la potencial sensibilidad posterior al cambio del sistema familiar.

La propia demora de la intervención podría traer como consecuencia un descenso en la adherencia a la misma, y por ende, entorpecer las posibilidades de abordaje terapéutico. Este efecto negativo, de manera muy probable, va a estar mediado, no solo por la dilación existente entre el momento del diagnóstico y la intervención, sino también y en buena medida por el nivel de psicopatología y alteraciones conductuales que exhiba el paciente. Si ambos parámetros coinciden en su aspecto más negativo, la realidad asistencial con la que se encontrará el clínico puede ser variada y quizá no muy alentadora, desde familias que ya han instaurado un patrón desajustado de afrontamiento que, aunque pueda ser catalogado como patológico, le es funcional en cuanto contenedor de ansiedades, a otras que exhiben un estado de pseudoindefensión o incluso, un patrón anárquico y desestructurado de respuestas. El tener que enfrentarse a esta experiencia de crisis en una situación que podría ser considerada como de *soledad asistencial* puede tener también no desdeñables efectos con referencia a la relación entre familiar y profesional, pudiendo aparecer un deterioro explícito o implícito de la misma a la vez que una disminución en la confianza y capacidad percibida del profesional como agente fiable de contención. Los estudios realizados sobre la no adherencia a la intervención (Montero, Asencio, Ruiz y Hernández, 1999; Tarrier, 1991) muestran que los familiares y pacientes que no se adhieren son: los que tienen un mayor número de ingresos, exhiben un menor conocimiento de la enfermedad y mayor tiempo de evolución.

De la realidad clínica a la asistencial: un salto ¿al vacío?

La cuestión del como se reflejan todas estos datos en la practica asistencial no esta exenta de lo que podríamos llamar *realidades paradójicas*, así por un lado, no es difícil poder afirmar que cualquier clínico sensible podría haber anticipado, y sin duda comprender y compartir en buena medida, lo apuntado. Tampoco es de extrañar el que, las necesidades percibidas de los familiares de usuarios con trastorno mental severo (a saber, información, apoyo, entrenamiento en manejo de conductas específicas, etc.) coincidan en buena medida con los objetivos propios de las técnicas psicoeducativas. Sin embargo, y aquí se hace patente la paradoja, pareciendo inevitable el encuentro en el plano teórico, cabría preguntarse como cristaliza esto en la realidad asistencial.

Se cuenta en la actualidad, con algunos datos empíricos sobre el nivel y grado de calidad en el apoyo profesional que reciben los familiares de pacientes con trastorno mental grave en las condiciones asistenciales de rutina (Magliano, Fiorillo, Malangone, Marasco, Guarneri y Maj, 2003; Magliano y cols., 2002; Dixon, McFarlane, Lefley, Cohen, Luckstead, Falloon; Mueser, Miklowitz, Solomon y Sondheimer, 2001; Magliano y cols., 2000; Lehman y Steinwachs, 1998). Todos los trabajos han sido realizados fuera de nuestro país, y quizá la extrapolación de sus conclusiones haya de ser tomada con cautela. Sin embargo, nos parecen especialmente interesantes los datos recogidos en el estudio multicéntrico realizado por Magliano y su equipo en Italia. En primer lugar, por las propias características del trabajo, un estudio realizado en 30 áreas de salud mental, con criterios de selección y aleatorización de las mismas explícitos y con un tamaño muestral

importante (709 usuarios), en segundo lugar, porque se trata de un contexto asistencial que nos puede parecer cercano, al tratarse de un país con un proceso de reforma y desinstitutionalización psiquiátrica articulado desde hace años, y con una alta implantación del modelo comunitario en la orientación de los servicios.

En el citado estudio, al margen de volver a poner de manifiesto el alto nivel de carga expresada por parte de los cuidadores primarios (por ejemplo, el 83% de los entrevistados expresa sentimientos de tristeza y desesperanza, el 73% han abandonado sus *hobbies* habituales; el 68% verbaliza sentirse incapaz de volver a disfrutar por causa de la situación del paciente, y solo el 31% refiere poder encontrar apoyo en familiares/amigos en situaciones de tensión o estrés personal), son especialmente relevantes los datos sobre el tipo de atención recibida por los usuarios. Destacamos de manera especial tres de ellos: el 59% de las familias comentan haber recibido alguna información no estructurada sobre las características de la enfermedad y/o su tratamiento; el 43% refieren haber recibido información sobre el afrontamiento de conductas conflictivas; pero solo el 8% refiere haber recibido tratamiento psicoeducativo. Los datos hablan por si mismos, y no se alejan en mucho de los encontrados en otros países donde el rango de familias que reciben abordaje psicoeducacional oscila entre el 0 y el 15%. En palabras de la propia autora:

Después de 20 años de la introducción de la Reforma Psiquiátrica en Italia, la implantación de las intervenciones de corte psicosocial para pacientes con esquizofrenia es pobre. Probablemente el insuficiente número de profesionales integrados en los servicios de salud mental y las limitaciones financieras para

la formación y reciclaje de los mismos sean, entre otros, dos de los factores claves a tener en cuenta” (Magliano y cols., 2000).

De la ciencia de los servicios a las necesidades de los usuarios

Una de las prioridades actuales de los sistemas de atención sanitaria general, y por ende, también de los de salud mental, es trasladar la *ciencia* a los servicios, conectando además a estos con las necesidades percibidas y expresadas por los usuarios. (Wykes, 2004; Anthony, Rogers y Farkas, 2003; Gale, Hawley y Sivakumaran, 2003; Drake, Goldman, Leff y Lehman, 2001; Anthony, 2000). Se trataría de lograr que el ciudadano reciba un tratamiento eficaz que mejore su calidad de vida, optimizando de forma paralela los costes. Parece claro que el costo sanitario de la esquizofrenia es alto, y que esta realidad debe ser aceptada como consustancial a las propias características del trastorno. Tampoco es menos real que este hecho no debe servir como excusa para obviar la discusión acerca de la eficiencia de los procedimientos terapéuticos que actualmente son aplicados por los clínicos en su práctica rutinaria. Es curioso observar como las intervenciones familiares son citadas de manera consistente como intervenciones eficaces y eficientes (Knapp, 2000), sin embargo, como ya se ha referido anteriormente, su uso no esta todavía suficientemente generalizado en la clínica. Para algunos autores (Glanville y Dixon, 2005; Rose, Mallinson y Walton-Moss, 2004; Dixon y cols., 2001) la pregunta clave en la actualidad se articularía alrededor de la delimitación de los factores que actúan como barreras para la implementación de este tipo de procedimientos. Sin pretender ser exhaustivos en el análisis, podríamos señalar tres

tipos de barreras como más destacables: las actitudinales, las referidas al conocimiento de las prácticas eficaces y lo que podríamos denominar, obstáculos administrativos o dependientes de la propia organización (ver figura 4).

Una de las primeras barreras potenciales para la generalización de este tipo de prácticas, puede estar precisamente ligada a las actitudes y creencias mantenidas por los clínicos que las pueden utilizar. No es extraño el observar como el campo de la actuación en salud mental, suele ser terreno abonado para la adopción del *enfoque experiencial* (la medicina basada en la experiencia), en contraposición a lo que podríamos llamar el *enfoque técnico* (basado en evidencias). Ambos enfoques son necesarios, y es precisamente la complementariedad y el nivel de *feedback* existente entre ellos, el que va a determinar la mejor adecuación de la decisión clínica, haciéndola en última instancia más eficaz. Cuando se adopta de manera exclusiva uno de los extremos de la diada, suelen aparecer problemas, y en lo referente a las técnicas psicoeducativas, infravaloraciones apriorísticas de la utilidad de este tipo de abordajes. La posición y actitud que adopta el clínico frente a la familia va a venir también claramente determinada por el propio esquema teórico que este mantiene. En esta línea se ha señalado que los planteamientos de corte psicodinámico y/o los biologicistas que reducen al mínimo el papel de las variables psicosociales, son elementos entorpecedores de la generalización de los procedimientos. Un ultimo factor, tampoco desdeñable, tiene que ver con el estilo de relación que imponen este tipo de aproximaciones, basado en una relación de cooperación mas que en el clásico modelo médico *de supuesto saber*, esto puede despertar ansiedades e insegu-

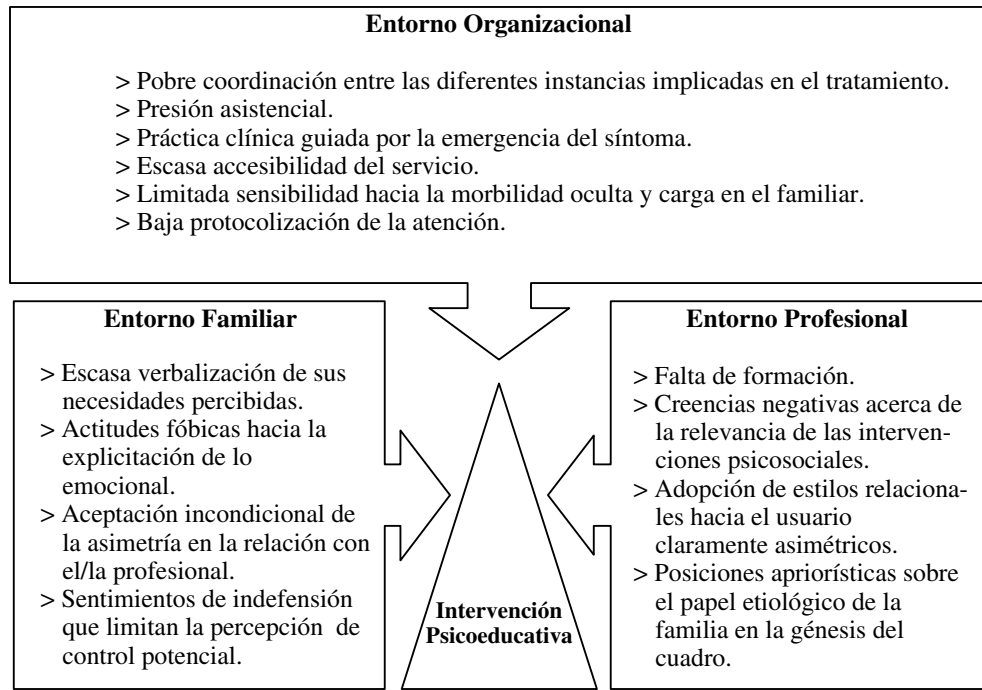


Figura 4. Algunas barreras potenciales que limitan la generalización en la clínica de los programas psicoeducativos familiares.

ridades en el clínico que hacen de este tipo de acercamientos un modelo más costoso a nivel emocional.

Parece claro que, salvado el factor actitudinal, otra variable crítica es la referida al conocimiento de cuáles son las prácticas eficaces. Así, aunque estamos en un momento en el que la utilización de prácticas clínicas basadas en la evidencia es algo cada vez más subrayado desde los sistemas de salud, es paradójico observar como los procedimientos terapéuticos habitualmente utilizados por el clínico se alejan en buena medida de estas recomendaciones. Así por ejemplo, en el orden de las intervenciones psicosociales, el panorama es claramente desalentador señalándose que no más del 10% de los usuarios

potenciales reciben tratamientos basados en la evidencia (Drake y cols., 2001). En una visión más global del espectro terapéutico (psicosocial y farmacológico), el porcentaje de adhesión a los criterios establecidos en las recomendaciones de grupos de trabajo y guías de práctica clínica se sitúa, en el mejor de los casos, en torno al 25% (Anthony y cols., 2003). Otro dato a señalar junto al anterior, es el hecho de que, aunque pueden ofertarse dentro de la cartera de servicios tratamientos basados en la evidencia, luego suele observarse que la adherencia de estos a los estándares específicos que son requeridos para su implementación eficaz dista bastante de ser la idónea. No es necesario subrayar el importante peso que estos factores tienen

en la determinación de los resultados obtenidos.

El campo de la atención a la salud mental se mueve en un contexto cada vez más nítido de demandas crecientes y recursos limitados. La atención a las personas con trastorno mental severo no es una excepción, es por ello por lo que parece necesario que los servicios de atención optimicen al máximo sus opciones terapéuticas, incluyendo dentro de sus protocolos de intervención solo aquellas actuaciones que estén claramente avaladas por la evidencia. Cubiertos los estándares básicos, otros servicios con menos apoyo empírico podrían también ofertarse, lo que nunca debería ocurrir es que las intervenciones basadas en la evidencia fueran desplazadas por actuaciones de baja o desconocida efectividad. Parece actualmente necesario dar el salto de la evaluación de las técnicas a la de servicios, utilizando el mismo análogo de evidencia para delimitar la idoneidad o no de estos en función de su adecuación a los estándares establecidos.

No son tampoco desdeñables los obstáculos derivados de la propia organización que, aun siendo las mas de las veces más sutiles e implícitos, tienen un peso inexorable en la determinación de las respuestas de los profesionales. Quizás el más relevante de ellos sea el modelo de trabajo que actualmente se está imponiendo a la atención a la salud mental, donde la limitación de tiempos y espacios terapéuticos, y su consecuencia mas directa, la cada vez mas frecuente simplificación de la demanda a través de la medicalización, están haciendo que poco a poco, pero de manera inexorable, se esté imponiendo un modelo de atención diacrónico, alejado de los formatos de proceso mas comprensivos, donde el propio síntoma y sus variantes de expresión actual, son los rectores de la intervención. Desde esta perspectiva, la

demanda con mayor probabilidad de ser atendida es aquella que se explicita de manera *sintomáticamente correcta*, es decir, con criterios de necesidad y gravedad subjetiva percibida por parte del usuario. En este orden de cosas, los enfoques mas longitudinales, centrados en la actuación sobre los factores moduladores de la respuesta emocional, aun siendo imprescindibles desde una perspectiva preventiva, son relegados a un segundo plano, o se catalogan arbitrariamente como irrelevantes. La consecuencia más directa de la adopción de este formato de respuesta, cada vez más cercano al modelo medico más tradicional, es que se enfatiza la enfermedad y las limitaciones más que la potenciación de los recursos.

Algunos apuntes a modo de reflexión final o de cómo evitar que el abordaje psicoeducativo familiar muera de éxito

Parece claro, a la vista de lo comentado, que el abordaje psicoeducativo familiar es una pieza insustituible dentro de cualquier programa de actuación que pretenda una intervención comprensiva sobre la patología mental grave. Existen sin embargo importantes barreras para la extensión de este tipo de prácticas en la clínica cotidiana y se ha producido un elevado nivel de vulgarización de las mismas con el paso del tiempo. Con esta realidad de fondo, dos cuestiones se tornan fundamentales, por un lado, la delimitación de qué puede considerarse o no un abordaje psicoeducativo familiar, y cuáles son los estándares y contenidos críticos para la utilización eficaz de este tipo de procedimientos, y por otro, cuáles deben ser las estrategias para promover la generalización de estas técnicas dentro de la practica clínica.

Con referencia al primero de los puntos, hoy existe numerosa evidencia empírica,

buena parte de ella resumida en las recomendaciones del *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT)* (Lehman, Kreyenbuhl, Buchanan, Dicherson, Dixon, Goldberg, Green-Paden, Tenhula, Boerescu, Tek, Sandson y Steinwachs, 2004) que, de manera resumida, son las siguientes:

- (1) La duración de los programas psicoeducativos debe ser de, al menos, de nueve meses.
- (2) Los abordajes deben ser comprensivos e incluir como contenidos mínimos: información sobre la enfermedad, habilidades de comunicación, intervención en crisis/manejo conductual y habilidades de solución de problemas.
- (3) La psicoeducación familiar no debe restringirse a aquellas familias con elevado nivel de expresión de emociones, sino que su uso debe generalizarse a otros usuarios potenciales.
- (4) La estrategia de actuación debe llevarse a cabo en un entorno relacional no culpabilizante, resaltando la actitud de colaboración y la promoción de recursos como elementos claves.

Sobre el momento en que estas estrategias deben ponerse en marcha, existe evidencia a favor de que son precisamente las fases iniciales, una vez confirmado el diagnóstico, las que son más críticas, ya que es precisamente en estos momentos donde existe un mayor nivel de estrés y carga familiar que pueden ser un importante caldo de cultivo para el desarrollo de estrategias de afrontamiento no adecuadas, hay más probabilidad potencial de recaída y pueden empezar a desarrollarse actitudes y creencias disfuncionales que pueden influir de forma notoria en el grado de cumplimiento terapéutico posterior, tanto del paciente como de la propia familia

(Novak-Grubic y Tavcar, 2002; Bachmann y cols., 2002; Dixon y cols., 1999). Parece importante también que este tipo de actuaciones no se apliquen de forma descontextualizada, sino que se encuentren incardinadas dentro de programas comprensivos de abordaje que posibiliten la continuidad de cuidados y un apoyo mantenido al familiar. En esta última línea, algunos trabajos de corte longitudinal (Lenior, Dingemans, Schene, Hart y Linszen, 2002) con seguimientos a 5 años, han apuntado la posibilidad de que las ganancias de la intervención decaigan con el paso del tiempo, apareciendo reactivaciones de formas de respuesta anteriores, sobre todo si el ambiente se torna de nuevo estresante y se ponen a prueba las capacidades de afrontamiento familiar. Parece necesario, a la vista de lo comentado, desarrollar paquetes activos de tratamiento con contenidos idóneos y extensivos en el tiempo, y muy probablemente también, una nueva articulación de servicios encaminada a garantizar un seguimiento de los resultados y de las familias a través de grupos, menos estructurados, pero que provean de soporte en situaciones de crisis, y fomentando la capacidad de la familia para hacerlas frente de manera más eficaz. La estructuración de este tipo de contactos en el tiempo se ha mostrado como un importante predictor del sostenimiento de los resultados (Dixon y cols., 2001).

El hacer que se produzca la generalización de estos procedimientos, no parece ser, a la vista de la realidad de los datos, una tarea fácil ni automática. Muy posiblemente se requiera de la puesta en marcha de actuaciones a varios niveles, quizás el primero de los pasos atañe a la propia institución que debe legitimar este tipo de estrategias, y posibilitar su inclusión en la clínica cotidiana. Para ello, parece inevitable el plantear cambios en las dinámicas actuales de trabajo, con una estruc-

turación de espacios y tiempos distinta, y la adopción de formatos conceptuales donde se potencien los conceptos de prevención y promoción de recursos, en contraposición al modelo tradicional articulado alrededor del síntoma. No es desdeñable tampoco, como estrategia para favorecer la diseminación de estas técnicas, el que se trabaje sobre la posibilidad de promover la estandarización y divulgación de las mismas, al menos en sus aspectos más básicos (Corrigan, Steiner, McCracken, Blazer y Barr, 2001). Parece también idóneo el que las propias instituciones promuevan la puesta en marcha de programas formativos, que se generen no desde la idea de la divulgación de los procedimientos a través de su simplificación, en lo que podríamos llamar *cursos express*, sino que busquen un aprendizaje experiencial real, cimentado en una formación extensiva, estructurada, con posibilidad de seguimiento y supervisión de las destrezas clínicas adquiridas. Los datos empíricos acumulados sobre el particular desaconsejan claramente las opciones formativas cortas (Mairs y Bradshaw, 2005; Kelly y Newstead, 2004; Bailey, Burbac y Lea, 2003; Broker, Saul, Robinson, King y Dudley, 2003; Fadden, 1997) porque logran un grado de traslación de los aprendizajes al entorno asistencial muy bajo.

La conveniencia de trabajar desde un punto de vista psicoeducativo con la familia del paciente esquizofrénico es una realidad percibida por buena parte de los clínicos, una necesidad vivenciada por los usuarios y una práctica recomendable que cuenta con apoyo empírico. Parecerían suficientes coincidencias para que su utilización se generalizara, sin embargo no es así, y se hace necesario en un futuro el promover estrategias específicas que faciliten su adopción dentro de los protocolos clínicos de actuación sobre este tipo de patologías.

Referencias

- Addington, J., Coldham, E. y Jones, B. (2003). The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 285-289.
- Addington, J., McCleery, A. y Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in a early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79, 107-116.
- Addington, J., Collins, A., McCleery, A. y Addington, D. (2005). The role of family work in a early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 77-83.
- Anthony, W. (2000). A recovery service system: setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (2), 159-168.
- Anthony, W., Rogers, S. y Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: future directions in a era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39 (2), 101-114.
- Bachmann, S., Bottmer, C., Jacob, S., Kronmuller, K.T., Backenstrass, M., Mundt, C., Renneberg, B., Fiedler, P y Schroder, J. (2002). Expressed emotion in relatives of first-episode and chronic patients with schizophrenia and major depressive disorder-a comparison. *Psychiatry Research*, 112 (3), 239-50.
- Barbato, A. y D'Avanzo, B. (2000). Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (2), 81-97.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal Abnormal Psychology*, 112 (1), 92-99.

- Bayley, R., Burbach, F. y Lea, S. (2003). The ability of staff trained in family interventions to implement the approach in routine clinical practice. *Journal of Mental Health, 12* (4), 131-141.
- Birchwood, M. y Cochrane, R. (1990). Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychological Medicine, 20* (4), 857-65.
- Brooker, C., Saul, C., Robinson, J., King, J., Dudley, M. (2003). Is training in psychosocial intervention worthwhile?. Report of a psychosocial intervention trainee follow up study. *International Journal of Nursing Studies, 40*, 731-747.
- Budd, R., Oles, G. y Hughes, I. (1998). The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98* (4), 304-309.
- Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal Psychiatry, 158* (2), 163-175.
- Butzlaff, R., Hooley, A y DPhill, J. (1998). Expressed Emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 55* (6), 547-552.
- Corrigan, P., Steiner, L., McCracken, S., Blaser, B. y Barr, M. (2001). Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services, 52* (12), 1598-1612.
- Dixon, L., Adams, C. y Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 26*(1), 5-20.
- Dixon, L., McFarlane, W., Lefley, H., Luckstead, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P. y Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services, 52*, 903-910.
- Drake, R.E., Goldman, H.H., Leff, H. y Lehman, A. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health setting. *Psychiatric Services, 52* (2), 179-188.
- Fadden, G. (1977). Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: a major cause for concern. *Journal of Mental Health, 6*, 599-612.
- Falloon, I., Willianson, M., Razani, J., Moss, H., Gilderman, A. y Simpson, G. (1985). Family versus individual management in the prevention of morbidity of schizophrenia: I clinical outcome of a two-years controlled study. *Archives of General Psychiatry, 42*, 887-896.
- Fiscella, K. y Campbell, T. (1999). Association of perceived family criticism with health behaviours. *Journal of Family Practice, 48* (2), 128-134.
- Gale, T., Hawley, C. y Sivakumaran, T. (2003). Do mental health professionals really understand probability? Implications for risk assessment and evidence practice. *Journal of Mental Health, 12* (4), 417-430.
- Glaville, D. y Dixon, L. (2005). Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 42* (1), 15-22.
- Hall, M. y Docherty, N. (2000). Parent coping styles and schizophrenic patient behaviour as predictor of expressed emotion. *Family Process, 39* (4), 435-444.
- Hooley, J.M. y Campbell, C. (2002). Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. *Psychological Medicine, 32* (6), 1091-1099.

- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S. y Angermeyer, M. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17 (3), 126-134.
- Kelly, M. y Newstead, L. (2004). Family Intervention in routine practice: it is possible! *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 (1), 64-72.
- Kilian, R., Matschinger, H., Becker, T. y Angermeyer, M.C. (2003). A longitudinal analysis of the impact of social and clinical characteristics on the costs of schizophrenia treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107 (5), 351-360.
- Knapp, M. (2000). Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatrica Scandinavica, suplemento*, 102 (407), 15-18.
- Laidlaw, T., Coverdale, J., Falloon, I. y Kydd, R. (2002). Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38 (2), 3003-3010.
- Lauriello, J., Lenroot, R. y Bustillo, J.R. (2003). Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26 (1), 191-211.
- Lehman, A.F y Steinwachs, D.M (1998). Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), 1-10.
- Lehman, A.F., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., Dixon, L.B., Goldberg, R., Green-Paden, L. y Kreyenbuhl, J. (2003). Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26 (4), 939-954.
- Lehman, A.F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., Dixon, L.B., Goldberg, R., Green-Paden, L., Tenhula, W., Boerescu, D., Tek, C., Sandson, N. y Steinwachs, D. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 193-217.
- Leff, J. (2000). Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 407 (suppl), 78-82.
- Lenior, M.E., Dingemans, P.M., Schene, A.H., Hart, A.A. y Linszen, D.H. (2002). The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 57 (2-3), 183-190.
- Lobban, F., Barrowclough, C. y Jones, S. (2005). Assessing cognitive representation of mental health problems. The illness perception questionnaire for schizophrenia: relatives' version. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 163-180.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., Malangone, C., Marasco, C. y Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (3), 109-115.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., Marasco, C., Guarneri, M. y Maj, M. (2003). National Mental Health Project Working Group. The effect of social network on burden and pessimism in relatives of patients with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73 (3), 302-309.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M. y Maj, M.

- (2002). Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (4), 291-8.
- Mairs, H., y Bradshaw, T. (2005). Implementing family intervention following training: what can the matter be? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 488-494.
- Martens, L., y Addington, J. (2001). Psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 128-133.
- McFarlane, W.R. (2002). Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. Nueva York. Guildford Press.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E. y Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 223-245.
- McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. y Newmark, M. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52 (8), 679-687.
- Montero, I., Asencio, A., Ruiz, I. y Hernández, I. (1999). Family interventions in schizophrenia: an analysis of non-adherence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 136-141.
- Montero, I., Hernández, I., Asencio, A., Bellver, M. y Masanet, M. (2005). Do all people with schizophrenia receive the same benefit from different family intervention programs? *Psychiatry Research*, 133, 187-195.
- Mubarak, A.R. y Barber, J.G. (2003). Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 (7), 380-384.
- Novak-Grubic, V. y Tavcar, R. (2002). Predictor of non-compliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *European Psychiatry*, 17 (3), 148-154.
- Pharoah, F.M., Mari, J.J. y Streiner, D. (2003). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD000088.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. y Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32 (5), 763-782.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W. y Engel, R.R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (1), 73-92.
- Provencher, H. y Fincham, F. (2000). Attributions of causality, responsibility and blame for positive and negative symptom behaviours in caregivers of persons with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 30 (4), 899-910.
- Rose, L., Mallinson, K., y Walton-Moss, B. (2004). Barriers to family care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (1), 39-48.
- Rosenfarb, I., Nuechterlein, K., Goldstein, M. y Subotnik, K. (2000). Neurocognitive vulnerability, interpersonal criticism, and the emergence of unusual thinking by schizophrenic patients during family transactions. *Archives of General Psychiatry*, 57 (12), 1174-1179.

- Scazufca, M. y Kuipers, E. (1998). Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychological Medicine*, 28 (2), 453-461.
- Sellwood, W., Barrowclough, C., Tarrrier, N., Quinn, J., Mainwaring, J. y Lewis, S. (2001). Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (5), 346-55.
- Sellwood, W., Tarrrier, N., Quinn, J. y Barrowclough, C. (2003). The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychological Medicine*, 33 (1), 91-96.
- Tarrrier, N. (1991). Some aspects of family interventions in schizophrenia I: Adherence to intervention programmes. *British Journal of Psychiatry*, 159, 475-480.
- Thornicroft, G. y Susser, E. (2001). Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178 (1), 2-4.
- Van Os, J., Marcelis, M., Germeys, I., Graven, S. y Delespaul, P. (2001). High expressed emotion: marker for a caring family? *Comprehensive Psychiatry*, 42 (6), 504-507.
- Veltman, A., Cameron, J. y Stewart, D. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (2), 108-114.
- Wearden, A.J., Tarrrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T.R. y Rahill, A.A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 633-66.
- Weisman, A.G., Nuechterlein, K.H., Goldstein, M.J. y Snyder, K.S. (2000). Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: a within-family comparison of relatives with high and low expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 167-171.
- Wuerker, A.K., Haas, G.L. y Bellack, A.S. (2001). Interpersonal control and expressed emotion in families of persons with schizophrenia: change over time. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (4), 671-685.
- Wuerker, A.K., Long, J.D., Haas, G.L. y Bellack, A.S. (2002). Interpersonal control, expressed emotion, and change in symptoms in families of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58 (2-3), 281-292.
- Wykes, T. (2004). What kind of mental health research should we be doing in the 21st century? Mental Health Research Networks. *Journal of Mental Health*, 13 (1), 5-9.